

ANSÖKAN OM DISPENS FRÅN BEHÖRIGHETSKRAV

vid Medicinska fakulteten, Linköpings universitet

Namn		Personnummer	Telefon
Gatuadress		E-post	
Postnummer	Ort		

Jag ansöker om dispens från behörighetskraven på utbildningsprogram_____ **studieort** _____

Jag uppfyller inte följande behörighetskrav _____

till programtermin _____ (ange ht/vt och år) _____

Motivering för dispensansökan: _____

Datum_____
Studentens underskrift**Kontakta utbildningsadministratören för besked om var/när blanketten ska inlämnas.****BESLUT**

Datum: _____ Dnr: _____

 Dispensansökan avslås.

Motivering: _____

 Dispens för tillträde till programtermin _____ beviljas för _____

till och med _____ Ytterligare dispens beviljas inte under innevarande termin.

Studenten ska under tiden för dispensen omregistrera sig på föregående termin. Uppflytning till nästa termin sker först när studenten uppfyllt behörighetskraven.

Beslutet verkställt/namnförtydligande_____
Föredragande/namnförtydligande

Vid negativt beslut har studenten rätt att överklaga beslutet inom 3 (tre) veckor från den dag studenten tog del av beslutet. Överklagandet ska göras skriftligt och ställs till

Överklagandenämnden för högskolan, ÖNH, men skickas till:**Linköpings universitet, Medicinska Fakultetsstyrelsen vid Medicinska fakulteten, Medicinska fakulteten, 581 83 Linköping.**

I ditt överklagande ska du ange:

- 1) Det beslut du vill överklaga
- 2) Den ändring i beslutet som du begär samt
- 3) På vilka grunder du anser att beslutet ska ändras.